第九号様式（第十条第二項）

身 体 障 害 者 手 帳 返 還 届

年　　月　　日

千葉県知事　　様

住　　所

氏　　名

年　　月　　日生

電話番号

次の者は、　　　　　　　　　　のため、 身体障害者福祉法第１６条第１項／身体障害者福祉法施行規則第７条第２項／身体障害者福祉法施行規則第８条第２項 の規定により、身体障害者手帳を返還します。

返還者　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　（　　　年　　月　　日生）

個人番号

身体障害者手帳番号　　　　　　県　　　　　　号

年　　　月　　　日交付

障害名

白障第　　　　　号

年　　月　日

千葉県知事　　様

白井市福祉事務所長　印

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので送付します。

注　申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができる。